

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 (Präsenz-sitzung) nachfolgende Beschlüsse gefasst:

- 1.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 gefasst und die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden in den EBM aufgenommen. Hintergrund ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme einer Nr. 33 „Vakuumversiegelungstherapie von Wunden“ in die Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung. Des Weiteren hat der Bewertungsausschuss eine Empfehlung zur Finanzierung dieser Leistungen abgegeben.
- 2.) Der Bewertungsausschuss hat gemäß Teil E Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur EBM-Weiterentwicklung einen Beschluss zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2021 zur Weiterentwicklung der strahlentherapeutischen Leistungen gemäß dem Kapitel 25 EBM gefasst.
- 3.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 gefasst und die Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus im Zusammenhang mit einer systemischen Therapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) oder dessen Vorstufen (Capecitabin oder Tegafur) in den EBM aufgenommen und eine Empfehlung zur Finanzierung dieser Leistungen abgegeben. Des Weiteren wurde mit Teil B des Beschlusses eine Detailänderung im EBM im Kontext von SARS-CoV-2 mit Wirkung zum 1. September 2020 vorgenommen.
- 4.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 hinsichtlich einer Änderung im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) gefasst. In § 22 Absatz 2 BMV-Ä wurde neu geregelt, dass die Abrechnung über das Ersatzverfahren durchzuführen ist, wenn für einen Patienten bis zum vollendeten 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Arzt-/Patientenbegegnung bzw. der Untersuchungen nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern noch keine elektronische Gesundheitskarte vorliegt. Aufgrund dessen wird die bisherige Regelung in der ersten Bestimmung zum Abschnitt 1.7.1 EBM gestrichen.
- 5.) Der Bewertungsausschuss hat einen mehrteiligen Beschluss zur Änderung des EBM gefasst und die Umsetzung der im Beschluss der 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) im Rahmen der Neuordnung der nicht-elektronischen Kommunikation genannten Anpassungen des EBM in Bezug auf die Höchstwertregelung der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 erst ab dem 1. Oktober 2021 vorgenommen.
Die entscheidungserheblichen Gründe zu diesen Beschlüssen sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> veröffentlicht.

- 6.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zu Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018 mit Wirkung zum 15. September 2020 gefasst.
- 7.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zu ergänzenden Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V im Zusammenhang mit der Behebung des Kassenwechslereffekts für das Jahr 2021 mit Wirkung zum 1. Quartal 2021 gefasst.
- 8.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss Teil A zur Verlängerung der Beschlüsse der 478., 485., 493. und 496. Sitzung (schriftliche Beschlussfassungen) zum Coronavirus SARS-CoV-2 mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2020 und Teil B zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober gefasst.
- 9.) Der Bewertungsausschuss hat einen Beschluss zur Änderung der Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses für ärztliche Leistungen nach § 87 Abs. 3e Nr. 2 SGB V gefasst. Dieser Beschluss bedarf gemäß § 87 Abs. 3e Satz 2 SGB V der Genehmigung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit.

Diese Beschlüsse sowie die entscheidungserheblichen Gründe zu diesen Beschlüssen sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> veröffentlicht.

Bekanntmachungen

Beschluss des Bewertungsausschusses

nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 1. Oktober 2020

1. **Aufnahme einer sechsten Bestimmung zum Abschnitt 2.3 EBM**
 6. Die Gebührenordnungsposition 02314 kann nur von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktische Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

- Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie,
- Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Urologie,
- Vertragsärzten mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder der Zusatzweiterbildung Phlebologie berechnet werden.

2. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 02314 in den Abschnitt 2.3 EBM

02314 Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Anlage und/oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung im unmittelbaren Anschluss an eine Wundversorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung,
- interdisziplinäre Abstimmung,
- Einstellen der Pumpe,
- Behälterwechsel,

einmal am Behandlungstag 135 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 02314 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Die Gebührenordnungsposition 02314 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31401 und 36401 berechnungsfähig.

3. Aufnahme eines Abschnitts 31.2.14 EBM

31.2.14 Vakuumversiegelungstherapie gemäß Nr. 33 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,

- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Urologie

berechnet werden.

2. Entgegen der Nr. 9 der Präambel 31.2.1 ist die Gebührenordnungsposition 31401 ohne Angabe der OPS-Prozedur(en) für die Vakuumversiegelungstherapie berechnungsfähig.

3. Entgegen der Nr. 2 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 kann der primäre Wundverschluss mittels Vakuumversiegelungstherapie entsprechend der Gebührenordnungsposition 31401 als Zuschlag zum jeweiligen Haupteingriff berechnet werden.

31401 Zuschlag zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung zum intendierten primären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation,

- Einstellen der Pumpe,

einmal am Behandlungstag 68 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 31401 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.

Die Gebührenordnungsposition 31401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02314 und 36401 berechnungsfähig.

4. Aufnahme eines Abschnitts 36.2.14 EBM

36.2.14 Vakuumversiegelungstherapie gemäß Nr. 33 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

- Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Urologie

2. Entgegen der Nr. 6 der Präambel 36.2.1 ist die Gebührenordnungsposition 36401 ohne Angabe der OPS-Prozedur(en) für die Vakuumversiegelungstherapie berechnungsfähig.

3. Entgegen der Nr. 2 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 kann der primäre Wundverschluss mittels Vakuumversiegelungstherapie entsprechend der Gebührenordnungsposition 36401 als Zuschlag zum jeweiligen Haupteingriff berechnet werden.

36401 Zuschlag zu einem Eingriff des Abschnitts 36.2 für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung zum intendierten primären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation,
 - Einstellen der Pumpe,
- einmal am Behandlungstag 64 Punkte
- Die Gebührenordnungsposition 36401 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.*
- Die Gebührenordnungsposition 36401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02314 und 31401 berechnungsfähig.*

5. Aufnahme eines Abschnitts 40.17 EBM

- 40.17 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie
- 40900 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31401 oder 36401,
je durchgeführter Leistung 430,67 €
- 40901 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm²,
je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche 65,49 €
- 40902 Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche > 20 cm²,

- je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche 71,39 €
- 40903 Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314,
je Kalendertag 47,54 €

9. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 02314 in die Präambeln 3.1 Nr. 3, 7.1 Nr. 4, 8.1 Nr. 4, 9.1 Nr. 2, 10.1 Nr. 3, 13.1 Nr. 6, 15.1 Nr. 2, 16.1 Nr. 3, 18.1 Nr. 2, 26.1 Nr. 2, 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4

10. Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02314*	Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
31401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
36401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss prüft nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für ein Jahr nach Einführung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Entwicklung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 02314, 31401 und 36401 sowie der Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40900 bis 40903. Insbesondere wird geprüft:

- Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes,
- Anzahl und regionale Verteilung der abrechnenden Vertragsärzte,
- Anzahl der Behandlungsfälle und behandelten Patienten sowie deren Altersstruktur und Diagnosespektrum.

Die Auswertung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.

Teil B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 02314 sowie der Sachkostenpauschalen 40900 bis 40903 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2020

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen zur Vakuumversiegelungstherapie von Wunden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2020 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1

Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

1. Die Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 02314 sowie der Sachkostenpauschalen 40900 bis 40903 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
2. Die Überführung der Gebührenordnungsposition 02314 sowie der Sachkostenpauschalen 40900 bis 40903 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM.

Beschluss des Bewertungsausschusses

nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 1. Januar 2021

1. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01951 und 01952 in die Nr. 2 der Präambel 25.1 EBM
2. Änderung der Nr. 4 der Präambel 25.1 EBM
 4. ~~Eine Bestrahlungsfraktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen bzw. Strahleneintrittsfelder. Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann. Das Zielvolumen ist bei benignen und malignen Erkrankungen definiert als das Volumen, in dem ein definiertes Behandlungsziel (Gesamtdosis) unter Anwendung einer einheitlichen Bestrahlungstechnik und Energiedosis erreicht werden soll. Sollen in räumlich zusammenhängenden, unmittelbar nebeneinanderliegenden oder sich überlappenden Zielvolumina unterschiedliche Energiedosen appliziert werden, so werden entsprechend unterschiedliche klinische Zielvolumina festgelegt. Zielvolumina sind z. B. Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion, Metastasen oder regionale Lymphabflusswege. Ein Zielvolumen kann auch ein Teilvolumen innerhalb eines größeren Volumens sein (simultan integrierter Boost). Primärtumor bzw. Primärtumorregion und Lymphabflusswege stellen grundsätzlich zwei Zielvolumina dar.~~

Eine Bestrahlungssitzung umfasst eine oder mehrere Bestrahlungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang (kleiner sechs Stunden) durchgeführt werden.

Eine Bestrahlungsserie umfasst alle Bestrahlungssitzungen der Strahlenbehandlung eines Zielvolumens oder mehrerer onkologisch zusammenhängender Zielvolumina.

3. Änderung der Nr. 6 der Präambel 25.1 EBM
 6. Die Gebührenordnungspositionen ~~25316 25320 und 25321~~ sind grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von ~~1,5 0,5~~ Gy im Zielvolumen. **Die Gebührenordnungsposition 25321 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen.** Muss diese Dosis bei der Gebührenordnungsposition 25316 oder 25321 im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.
4. Änderung der Nr. 7 der Präambel 25.1 EBM
 7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können **grundsätzlich je pro** Zielvolumen **einmal im Behandlungsfall und je Bestrahlungsserie** berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, ~~von Telegamma- auf Beschleunigertechnik~~, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumolvolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden.
5. Aufnahme einer Nr. 12 der Präambel 25.1 EBM
 12. Die im Zusammenhang mit den strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen entstehenden Sachkosten sind mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 40580 nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der in Kapitel 25 genannten Gebührenordnungspositionen.
6. Änderung der Gebührenordnungsposition 25210 im Abschnitt 25.2 EBM
 - 25210 Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung
Obligator Leistungsinhalt
 - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - **Überprüfung der vorliegenden Indikation,**
 - **Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,**

- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
 - Situationsentsprechende Untersuchung,
 - ~~Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,~~
 - Patientenaufklärung,
 - Überprüfung der vorliegenden Indikation,
 - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
 - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall **286 322** Punkte
Die Gebührenordnungsposition 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
7. **Änderung der Gebührenordnungsposition 25211 im Abschnitt 25.2 EBM**
- 25211 Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems
Obligatorer Leistungsinhalt
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
 - ~~Überprüfung der vorliegenden Indikation~~
 - Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
 - Situationsentsprechende Untersuchung,
 - ~~Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,~~
 - Patientenaufklärung,
 - Überprüfung der vorliegenden Indikation,
 - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
 - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall **624 1041** Punkte
Die Gebührenordnungsposition 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25214 berechnungsfähig.
8. **Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 25213 im Abschnitt 25.2 EBM**
- 25213 Zuschlag zur ~~den~~ Gebührenordnungspositionen ~~25210~~ oder 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,
9. **Aufnahme eines vierten, fünften und sechsten Spiegelstriches in den fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 25214 im Abschnitt 25.2 EBM**
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
 - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
 - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
10. **Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 25316 bis 25318 in den Abschnitt 25.3.2 EBM**
- 25316 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen
Obligatorer Leistungsinhalt
- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,
 - Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung **405** Punkte
- 25317 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen, je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung **230** Punkte
- 25318 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT), je Bestrahlungsserie **316** Punkte
11. **Streichung der Gebührenordnungsposition 25320 im Abschnitt 25.3.2 EBM**
12. **Änderung der Gebührenordnungsposition 25321 im Abschnitt 25.3.2 EBM**
- 25321 Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems,
Obligatorer Leistungsinhalt
- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern,
 - Bestrahlung in 3-D-Technik,
 - Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- ~~je Fraktion~~ für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung **355 811** Punkte
Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.
Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Kodes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im ~~f~~folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hä-mangiom: intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildung der Meningen, D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildung: Hypophyse, **D35.3 Gutartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis**, D35.4 Gutartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], D42.- Neubildung unsicheren oder unbe-

kannten Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Hypophyse, **D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Ductus craniopharyngealis**, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: ~~der~~ Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], **G20.- Primäres Parkinson-Syndrom und G50.0 Trigeminusneuralgie.**

13. Streichung der Gebührenordnungspositionen 25322 und 25323 im Abschnitt 25.3.2 EBM

14. Aufnahme von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 25324 bis 25329 in den Abschnitt 25.3.2 EBM

25324 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen, je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung 287 Punkte

25325 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik
Obligater Leistungsinhalt
– Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT)
und/oder

– Anwendung von fraktionierter Stereotaxie, je Bestrahlungssitzung 278 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 25325 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25326 und 25327 berechnungsfähig.

25326 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT), je Bestrahlungssitzung 524 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 25326 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25325 und 25327 berechnungsfähig.

25327 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik in Kombination mit bildgestützter Einstellung (IGRT)
Obligater Leistungsinhalt
– Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) in Kombination mit IGRT und/oder
– Anwendung von fraktionierter Stereotaxie in Kombination mit IGRT, je Bestrahlungssitzung 746 Punkte
Die Gebührenordnungsposition 25327 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25325 und 25326 berechnungsfähig.

25328 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis $\geq 2,5$ Gy, je Bestrahlungssitzung 577 Punkte

25329 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern, je Bestrahlungssitzung 313 Punkte

15. Streichung des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 25340 im Abschnitt 25.3.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

— **Simulation(en)**

Fakultativer Leistungsinhalt

– Simulation(en)

16. Änderung des obligaten Leistungsinhaltes und Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 25341 im Abschnitt 25.3.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

— **Simulation(en)**

– **Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,**

– **Physikalische Bestrahlungsplanung,**

– **Autorisierung des Bestrahlungsplans**

Fakultativer Leistungsinhalt

– Simulation(en)

17. Änderung der Gebührenordnungsposition 25342 im Abschnitt 25.3.4 EBM

25342 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung

Obligater Leistungsinhalt

— **Simulation(en)**

– **Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,**

– **Physikalische Bestrahlungsplanung,**

– **Autorisierung des Bestrahlungsplans**

Fakultativer Leistungsinhalt

– **Simulation(en) 2497 4744 Punkte**

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25342 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT nach der Gebührenordnungsposition 34360 oder 34460 voraus. Die Gebührenordnungsposition 25342 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25341 berechnungsfähig.

18. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 25343 in den Abschnitt 25.3.4 EBM

25343 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25342 für die rechnerunterstützte Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie), je Bestrahlungsserie 7649 Punkte

19. Streichung des Abschnitts 40.15 EBM

20. Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen des Kapitels 25 EBM

Gebührenordnungsposition des EBM	Bewertung bis 31.12.2020 in Punkten	Bewertung ab 01.01.2021 in Punkten
25213	90	1542
25214	90	257
25310	126	92
25330	410	1347
25331	1171	7077
25332	780	4255
25333	1171	7077
25340	373	238
25341	1678	3463

21. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25210*	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	KA 25	27 20	Nur Quartalsprofil
25211*	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	KA 81	57 65	Nur Quartalsprofil
25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA 120	10 96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	KA 20	9 16	Nur Quartalsprofil
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA 0	./0	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25318*	Zuschlag IGRT bei gutartiger Erkrankung	4	3	Tages- und Quartalsprofil
25320*	Bestrahlung-Telekobaltgerät (gut-/bösartig)-oder-Linearbeschleuniger (gutartig)	KA	./	Keine-Eignung
25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	KA 4	./ 1	Tages- und Quartalsprofil Keine-Eignung
25322*	Zuschlag-Bestrahlungsfelder	KA	./	Keine-Eignung
25323*	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	KA	./	Keine-Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25325*	Zuschlag Hochpräzisionstechnik bei bösartiger Erkrankung	3	2	Tages- und Quartalsprofil

25326*	Zuschlag IGRT bei bösartiger Erkrankung	7	6	Tages- und Quartalsprofil
25327*	Zuschlag Hochpräzisionstechnik in Kombination mit IGRT bei bösartiger Erkrankung	10	8	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis ≥ 2,5 Gy bei bösartiger Erkrankung	7	6	Tages- und Quartalsprofil
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	KA 18	3 14	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	KA 148	6 118	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	KA 89	2 71	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie	KA 148	6 118	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25340*	Bestrahlungsplanung I	KA 2	2	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA 44	10 35	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA 68	18 54	Keine-Eignung Tages- und Quartalsprofil
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	120	96	Tages- und Quartalsprofil

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, bis zum 31. März 2021 ein Evaluationskonzept zu entwickeln, um die Auswirkungen im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 darzustellen. Das Evaluationskonzept soll insbesondere

- die Entwicklung der Leistungsmengen (Häufigkeit) und des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) der einzelnen Leistungen und
- die Entwicklung des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) und der Honorare der Arztgruppe Strahlentherapie (differenziert nach KV-Bezirken und getrennt nach MGV und EGV)

sowie die Überprüfung der im Rahmen der Simulation getroffenen Annahmen berücksichtigen. Es soll auch geprüft werden, in-

wieweit mögliche Änderungen der Leistungsmengen (Häufigkeit) und des Leistungsbedarfs (in Punkten und nach Euro-Gebührenordnung) auf die Neudefinition des Zielvolumens zurückzuführen sind.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Ausgabenneutralität und die Punktsummenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses beginnend ab dem 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 zu evaluieren. Der Bewertungsausschuss wird, sofern die Ausgabenneutralität bzw. Punktsummenneutralität der Auswirkungen dieses Beschlusses nicht gegeben ist, auf Basis der Ergebnisse dieser Evaluation einen Beschluss zu erforderlichen Anpassungen fassen.

TEIL B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Neufassung des Kapitels 25 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Januar 2021 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

I. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2021

1. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 des EBM erfolgt vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2022 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
2. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 1/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:
 - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein
in Höhe von 46.581.152 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Hamburg
in Höhe von 30.183.431 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Bremen
in Höhe von 14.532.516 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Niedersachsen
in Höhe von 180.250.842 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe
in Höhe von 248.176.370 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Nordrhein
in Höhe von 210.706.758 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Hessen
in Höhe von 109.534.933 Punkten

- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz
in Höhe von 87.464.801 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg
in Höhe von 241.792.499 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Bayerns
in Höhe von 277.882.570 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Berlin
in Höhe von 83.814.705 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Saarland
in Höhe von 17.683.072 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern
in Höhe von 30.333.784 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Brandenburg
in Höhe von 53.754.321 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt
in Höhe von 60.424.368 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Thüringen
in Höhe von 51.858.585 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Sachsen
in Höhe von 69.200.943 Punkten
3. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 2/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:
 - Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein
in Höhe von 45.070.842 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Hamburg
in Höhe von 33.330.940 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Bremen
in Höhe von 15.885.127 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Niedersachsen
in Höhe von 183.977.031 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe
in Höhe von 236.298.575 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Nordrhein
in Höhe von 206.773.026 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Hessen
in Höhe von 106.360.631 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz
in Höhe von 84.995.986 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg
in Höhe von 235.030.483 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Bayerns
in Höhe von 276.397.431 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Berlin
in Höhe von 82.529.752 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Saarland
in Höhe von 17.856.246 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern
in Höhe von 31.372.715 Punkten
 - Für den KV-Bezirk Brandenburg
in Höhe von 52.013.184 Punkten

- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt
in Höhe von 55.460.718 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen
in Höhe von 50.193.825 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen
in Höhe von 72.359.000 Punkten
4. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 3/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:
- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein
in Höhe von 45.435.892 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg
in Höhe von 35.645.542 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen
in Höhe von 14.427.801 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen
in Höhe von 191.963.444 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe
in Höhe von 253.102.854 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein
in Höhe von 225.331.785 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen
in Höhe von 112.985.415 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz
in Höhe von 87.277.571 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg
in Höhe von 251.174.131 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns
in Höhe von 288.258.550 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin
in Höhe von 83.716.777 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland
in Höhe von 18.504.674 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern
in Höhe von 34.602.753 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg
in Höhe von 54.652.459 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt
in Höhe von 61.347.465 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen
in Höhe von 54.828.324 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen
in Höhe von 72.422.832 Punkten
5. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für das Abrechnungsquartal 4/2021 basiswirksam um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 6 entfallenden Anteil der folgende Punktzahl erhöht:
- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein
in Höhe von 40.327.232 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hamburg
in Höhe von 33.168.141 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bremen
in Höhe von 15.546.357 Punkten
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen
in Höhe von 178.384.114 Punkten
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe
in Höhe von 234.767.800 Punkten
- Für den KV-Bezirk Nordrhein
in Höhe von 200.692.114 Punkten
- Für den KV-Bezirk Hessen
in Höhe von 104.036.992 Punkten
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz
in Höhe von 89.958.128 Punkten
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg
in Höhe von 235.778.959 Punkten
- Für den KV-Bezirk Bayerns
in Höhe von 279.050.162 Punkten
- Für den KV-Bezirk Berlin
in Höhe von 83.262.018 Punkten
- Für den KV-Bezirk Saarland
in Höhe von 17.396.632 Punkten
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern
in Höhe von 30.181.053 Punkten
- Für den KV-Bezirk Brandenburg
in Höhe von 51.318.267 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt
in Höhe von 56.943.181 Punkten
- Für den KV-Bezirk Thüringen
in Höhe von 49.761.108 Punkten
- Für den KV-Bezirk Sachsen
in Höhe von 66.334.530 Punkten
6. Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen in den Nrn. 2 bis 5 auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 und den Kostenpauschalen 40840 und 40841 des Abschnitts 40.15 des EBM im entsprechenden Quartal des Jahres 2019.
- II. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2022**
7. Am Ende der Feststellung des kassenspezifischen Aufsatzwerts des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal gemäß Nummer 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen werden diese in den jeweiligen KV-Bezirken für die Abrechnungsquartale 1/2022 bis 4/2022 basis-

wirksam jeweils um den auf die jeweilige Krankenkasse gemäß Nr. 8 entfallenden Anteil der folgenden Punktzahl erhöht bzw. abgesenkt:

Die Punktzahlen des entsprechenden Quartals gemäß Nrn. 2 bis 5 werden um den arithmetischen Mittelwert der vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2021 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate erhöht, um den arithmetischen Mittelwert aus dem vom Bewertungsausschuss für das Jahr 2022 empfohlenen diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate abgesenkt und mit den folgenden KV-spezifischen Faktoren multipliziert:

– Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein in Höhe von	–0,7543%
– Für den KV-Bezirk Hamburg in Höhe von	5,7528%
– Für den KV-Bezirk Bremen in Höhe von	4,8812%
– Für den KV-Bezirk Niedersachsen in Höhe von	4,8490%
– Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe in Höhe von	3,6471%
– Für den KV-Bezirk Nordrhein in Höhe von	0,8547%
– Für den KV-Bezirk Hessen in Höhe von	5,7631%
– Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz in Höhe von	3,7593%
– Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg in Höhe von	3,6207%
– Für den KV-Bezirk Bayerns in Höhe von	2,2097%
– Für den KV-Bezirk Berlin in Höhe von	3,0745%
– Für den KV-Bezirk Saarland in Höhe von	–5,6184%
– Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern in Höhe von	1,8394%
– Für den KV-Bezirk Brandenburg in Höhe von	–1,5902%
– Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt in Höhe von	0,9091%
– Für den KV-Bezirk Thüringen in Höhe von	–0,1440%
– Für den KV-Bezirk Sachsen in Höhe von	3,9471%

8. Die Aufteilung der Behandlungsbedarfserhöhungen gemäß Nr. 7 auf die Krankenkassen erfolgt nach den jeweiligen Leistungsbedarfsanteilen der Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im KV-Bezirk an den Leistungen des Kapitels 25 im entsprechenden Quartal des Jahres 2021.

III. Regelungen für die Abrechnungsquartale im Jahr 2023

9. Die Vergütung der Leistungen des Kapitels 25 des EBM erfolgt ab dem 1. Januar 2023 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
10. Am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nummer 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungs-

ausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen oder in entsprechenden Folgebeschlüssen wird dieser in den jeweiligen KV-Bezirken für jedes der vier Abrechnungsquartale des Jahres 2023 basiswirksam um die Punktzahl reduziert, die sich aus der Summe der Größen a) und b) wie folgt ergibt:

- a) die jeweiligen Punktzahlen aus Nr. 2 bis 5 sind um die für die Jahre 2021 und 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarten Raten der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen, mit der Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2022 zu multiplizieren und durch die Zahl der Versicherten mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Jahr 2021 zu dividieren
- b) die jeweiligen Punktzahlen, die sich aus der Berechnung nach Nr. 7 ergeben, sind um die für das Jahr 2022 im jeweiligen KV-Bezirk vereinbarte Rate der Morbiditätsstrukturveränderung gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu erhöhen.

Beschluss des Bewertungsausschusses

nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 1. Oktober 2020

Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 32867 in den Abschnitt 32.3.14 EBM

- 32867 Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil oder dessen Vorstufen gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Untersuchung des DPYD Gens auf die Varianten c.1905+1G>A, c.1679T>G, c.2846A>T und c.1236G>A/HapB3,
einmal im Krankheitsfall 120,00 Euro

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 1. September 2020

1. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 02402 im Abschnitt 2.4 EBM
Für die Beauftragung der Laborleistung ist der Vordruck Muster 10 C zu verwenden. ~~Bis zur Veröffentlichung des Vordrucks Muster 10 C ist Muster 10 zu verwenden und im Feld „Auftrag“ explizit die Gebührenordnungsposition 32811 anzugeben.~~
2. Änderung der Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 12221 im Abschnitt 12.2 EBM
je ~~Auftrag~~ Leistung nach der GOP 32811

Teil C

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32867 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2020

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32867 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2020 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

1. Die Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 32867 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
2. Die Überführung der Gebührenordnungsposition 32867 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM.

Beschluss des Bewertungsausschusses

nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2020

Streichung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 1.7.1 EBM
1. ~~Die erste Untersuchung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über~~

~~die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) wird über die elektronische Gesundheitskarte eines Elternteils abgerechnet. Dies gilt auch für die zweite Untersuchung, wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine elektronische Gesundheitskarte für das Kind vorliegt.~~

Beschluss des Bewertungsausschusses

nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Juli 2020

1. Neufassung der zweiten Bestimmung des Abschnitts 40.4 EBM
 2. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 sind für Arztgruppen gemäß Präambel 12.1 Nr. 1 nicht berechnungsfähig.
2. Streichung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40110 im Abschnitt 40.4 EBM. Die bisherige zweite Anmerkung wird zur ersten Anmerkung.
3. Streichung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40111 im Abschnitt 40.4 EBM. Die bisherige zweite Anmerkung wird zur ersten Anmerkung.
4. Die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Beschlussteil E, Nr. 1 vorgesehene Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2021 wird nicht umgesetzt.
5. Die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Beschlussteil F, Nr. 1 vorgesehene Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2022 wird nicht umgesetzt.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2021

1. Aufnahme einer dritten Bestimmung in den Abschnitt 40.4 EBM
 3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus

dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	34,83
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88
4	Kinder- und Jugendmedizin	38,88
5	Anästhesiologie	29,97
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	85,05
6	Augenheilkunde	42,12
7	Chirurgie	115,02
8	Gynäkologie	45,36
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85
10	Dermatologie	53,46
11	Humangenetik	93,96
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	198,45
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	239,76
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	294,03
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	264,06
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	278,64
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	309,42
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	126,36
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	367,74
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	317,52
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22,68
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49
16	Neurologie, Neurochirurgie	149,04
17	Nuklearmedizin	405,81
18	Orthopädie	150,66
19	Pathologie	39,69
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	108,54
21	Psychiatrie	51,84
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	141,75
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67
23	Psychotherapie	6,48
24	Radiologie	445,50
25	Strahlentherapie	133,65
26	Urologie	140,94
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,71

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

2. **Aufnahme einer ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40110 im Abschnitt 40.4 EBM. Die bisherige erste Anmerkung wird zur zweiten Anmerkung.**

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.

3. **Aufnahme einer ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 40111 im Abschnitt 40.4 EBM. Die bisherige erste Anmerkung wird zur zweiten Anmerkung.**

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2022

1. **Änderung der dritten Bestimmung des Abschnitts 40.4 EBM**

3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	34,83 23,49
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88 26,73
4	Kinder- und Jugendmedizin	38,88 26,73
5	Anästhesiologie	29,97 20,25
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	85,05 58,32
6	Augenheilkunde	42,12 29,16
7	Chirurgie	115,02 79,38
8	Gynäkologie	45,36 31,59
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85 46,98
10	Dermatologie	53,46 36,45
11	Humangenetik	93,96 64,80
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	198,45 136,89

13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	239,76 165,24
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	294,03 202,50
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	264,06 181,44
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	278,64 191,97
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	309,42 213,03
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	126,36 86,67
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	367,74 253,53
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	347,52 218,70
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22,68 15,39
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49 16,20
16	Neurologie, Neurochirurgie	149,04 102,87
17	Nuklearmedizin	405,81 279,45
18	Orthopädie	150,66 103,68
19	Pathologie	39,69 26,73
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	408,54 74,52
21	Psychiatrie	51,84 35,64
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	144,75 98,01
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67 4,05
23	Psychotherapie	6,48 4,05
24	Radiologie	445,50 306,99
25	Strahlentherapie	133,65 92,34
26	Urologie	140,94 97,20
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,74 51,03

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Teil D

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2023

Änderung der dritten Bestimmung des Abschnitts 40.4 EBM

3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	23,49
		5,67
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	26,73 6,48
4	Kinder- und Jugendmedizin	26,73 6,48
5	Anästhesiologie	20,25 4,86
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	58,32
		13,77
6	Augenheilkunde	29,16 7,29
7	Chirurgie	79,38 19,44
8	Gynäkologie	34,59 7,29
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	46,98 11,34
10	Dermatologie	36,45 8,91
11	Humangenetik	64,80 16,20
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	136,89 34,02
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	165,24 41,31
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	202,50 51,03
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	184,44 45,36
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	194,97 47,79
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	213,03 53,46
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	86,67 21,87
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	253,53 63,18
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	248,70 55,08
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15,39 3,24
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	16,20 4,05
16	Neurologie, Neurochirurgie	102,87 25,92
17	Nuklearmedizin	279,45 69,66

18	Orthopädie	403,68 25,92
19	Pathologie	26,73 6,48
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	74,52 18,63
21	Psychiatrie	35,64 8,91
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	98,04 24,30
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4,05 0,81
23	Psychotherapie	4,05 0,81
24	Radiologie	306,99 76,95
25	Strahlentherapie	92,34 22,68
26	Urologie	97,20 24,30
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	51,03 12,15

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Hinweis:

Gemäß § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) innerhalb von zwei Monaten die Beschlüsse beanstanden.

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Der Erweiterte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 4 SGB V hat in seiner 67. Sitzung am 15. September 2020 einen Beschluss zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Absatz 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2021 mit Wirkung zum 15. September 2020 gefasst.

Des Weiteren hat der Erweiterte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 4 SGB V in seiner 68. Sitzung am 15. September 2020 einen Beschluss zur Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V für das Jahr 2021 mit Wirkung zum 15. September 2020 gefasst.

Die Beschlüsse sowie die entscheidungserheblichen Gründe zu diesen Beschlüssen sind auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses unter <https://institut-ba.de> veröffentlicht.

Hinweis:

Gemäß § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) innerhalb von zwei Monaten die Beschlüsse beanstanden.

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Bekanntmachungen

Beschlüsse der Ständigen Gebührenkommission

nach § 52 des Vertrages Ärzte Unfallversicherungsträger

Die Ständige Gebührenkommission nach § 52 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger hat in ihrer Sitzung am 19.03.2020 die nachfolgend aufgeführten Änderungen des Leistungs- und Gebührenverzeichnis (UV-GOÄ – Anlage zu § 51 Abs. 1 des Vertrages Ärzte/ Unfallversicherungsträger vom 1. Januar 2018) sowie des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger gem. § 34 Abs. 3 SGB VII beschlossen:

- Im Teil C. I. „Anlegen von Verbänden“ wird nach Nummer 226 B eine neue Nummer 227 eingefügt:
*„Nr. 227 Thermoplastische Fingerschiene (einschließlich individueller Zurichtung und Anpassung)
Allgemeine Heilbehandlung: 16,61 €
Besondere Heilbehandlung: 20,66 €
Besondere Kosten: 7,46 €“*
- Im Teil B. V. „Todesfeststellung“ wird die Leistungsleistung zu Nummer 100 ergänzt und daran anschließend die neuen Leistungsnummern 101 – 105 neu eingefügt. Die zuvor bereits bestehenden Nummern 102, 104, 105 und 107 werden in den Nummern 106 – 109 neu eingefügt. Zudem werden die Gebühren erhöht und die Allgemeine Heilbehandlung wird auf das Niveau der Besonderen Heilbehandlung angepasst:
*„Nr. 100 Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünftigen bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 20 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (vorläufige Leichenschau). Dauert die Leistung nach Nummer 100 weniger als 20 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 10 Minuten (ohne Aufsuchen), sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.
Allgemeine Heilbehandlung: 110,51 €
Besondere Heilbehandlung: 110,51 €*

*Nr. 101 Eingehende Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angaben zu Todesart und Todesursache gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 40 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (eingehende Leichenschau).
Dauert die Leistung nach Nummer 101 weniger als 40 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 20 Minuten*